第七回國際東洋醫學會學術大會 一九九二

The 7th International Congress of Oriental Medicine 1992

ICOM

弘揚傳統醫藥
增進人類健康

會 前 會

Pre-Congress Course

主辦：國際東洋醫學會
　　　第七回國際東洋醫學會籌備委員會

承辦：中國醫藥學院

日期：1992 年 11 月 19 日

地點：臺中市　中國醫藥學院附設醫院

The 7th International Congress of Oriental Medicine Nov.20～22.1992

第七回國際東洋醫學會學術大會

Pre-Congress Course

November 19 (Thursday)

第七回國際東洋醫學會
學術大會會前會
1992年11月19日

目　　錄

頁數

1. 會前會主講者及題目 ……………………………… 02
2. 主講者介紹 ……………………………… 03
3. 朱氏頭皮針的理論和實踐 ……………………………… 04
4. 頭皮針治療急症的體會(一) ……………………………… 07
5. 頭皮針治療急症的體會(二) ……………………………… 09
6. 子午流注及靈龜八法之臨床應用 ……………………………… 15
7. 中醫關於"腎"的理論與研究 ……………………………… 20
8. 手術後中醫療法 ……………………………… 21

The 7th International Congress of Oriental Medicine Nov.20～22.1992

第七回國際東洋醫學會學術大會

Pre-Congress Course

November 19 (Thursday)

第七回國際東洋醫學會
學術大會會前會

1992年11月19日

	主講者	題　　　目
1	朱明清教授 8:00～11:00	朱氏頭皮針臨床應用及示範
2	黃維三教授 11:00～12:00	子午流注及靈龜八法之臨床應用
3	張大寧教授 14:00～16:00	中醫關於”腎”的理論和研究
4	馬光亞教授 16:00～17:00	手術後中醫療法

主辦：國際東洋醫學會
　　　第七回國際東洋醫學會籌備委員會

Sponsored by: The International Oriental Medicine Society
　　　　　　　and Organizing Committee of the 7th ICOM

地點：中國醫藥學院附設醫院．臺中市

Location： China Medical College Hospital，Taichung

The 7th International Congress of Oriental Medicine

Pre-Congress Course

第七回國際東洋醫學會學術大會會前會

	主講者	現　　任
1	馬光亞教授	中國醫藥學院副院長 中國醫藥學院中國醫藥研究所教授
2	黃維三教授	中國醫藥學院中國醫學研究所所長 中國醫藥學院中醫系系主任 中國醫藥學院學士後中醫系系主任
3	張大寧教授	天津中醫醫院副院長 國際中醫腎病學會主席 腎病科及老年科主任
4	朱明清教授	美國中國頭皮針中心主任 朱氏頭皮國際研究總會顧問 北京針灸骨傷學院教授

朱氏頭皮針的理論和實踐

朱明清[1] 教授 周敏華[2] 博士
1. 美洲中國頭皮針中心主任
2. 朱氏頭皮針國際研究總會會長

朱氏頭皮針由中國北京針灸骨傷學院的朱明清教授所創用，這是一種非常有效的針灸治療體系，目前已在世界各地廣泛應用。一九八四年，中國針灸學會接受世界衛生組織的委託，通過了〞頭皮針穴名國際標準化方案〞。不久之後，朱明清教授把他獨特的頭皮針系統推廣到全國各地。

朱氏頭皮針是以中國傳統醫學理論爲指導，以臟腑、經絡學説爲基礎，根據頭部髮蓋區的經絡穴位循行分布特點，確立八個經穴透刺治療帶，至於治療帶的命名，則是根據十二經絡、穴位名稱、以及頭顱骨的解剖學名稱。每個治療帶各有其適應症以及相應治療作用。充分理解治療帶、穴位與經絡的關係爲掌握朱氏頭皮針療法的重要基礎。

朱氏頭皮針也有其獨特的針刺手法。它是在傳統針刺手法和《内經》刺法的芏礎上，結合頭部經穴宜於淺刺，透刺的特點而創立的操作方法一〞抽氣法〞與〞進氣法〞（前者爲瀉，後者爲補）。選擇32號的細穴，其中以長 1.2寸者，應用較多。操作時，病人多取坐位，面對醫生，以便於醫生定位及針刺操作。並使病人便於配合治療，作相應的肢體活動。採用瓜切進針法，插入角度爲15°～30°，進針約一寸，留針30分鐘至一小時，必要時可留針 2至48小時。一般，留置較長時間，易於獲得較好療效。此外，也結合應用古典傳統刺法，以提高療效，如繆刺法、傍針刺法、齊刺法、透穴法等。

朱氏頭皮針的另一特點是，在行針和留穴期間，病人須作相應的導引吐納，以利〞氣至病所〞。這種病家的主動配合，能明顯提高針刺療效。導引吐納要在醫生的指導下進行，並須有足夠的時間，強度則應根據病人體質以及疾病的性質靈活運用。

朱明清教授1989年來美國工作，並與周敏華醫師一起建立了中國頭皮針研究中心，朱氏頭皮針法是其中的重點研究項目之一。周敏華醫師研究中國頭皮針已十餘年，積有豐富的臨床經驗。她目前擔任朱氏頭皮針國際研究總會的主席，兼教育培訓部主任。她與朱教授共同探索出不少新的頭皮針穴位。不斷地豐富了中國頭皮針法的內容，其中一些治療中風後遺症的新穴位尤爲有效。應國内外同行的廣泛要求，朱氏頭皮針國際研究總會先後組織了各類講習班多屆，對數以千計的國内外同行傳授了頭皮針法，流澤頗廣，影響深遠。

朱氏頭皮針療法易學易用，操作安全，無副作用。且適應症廣泛，操作無痛，深受病家歡迎。該療法對各類癱瘓與痛症，每獲意想不到的快速療效，致病家稱之爲〞神針〞。在各類癱瘓症中，以中風或外傷引起的偏癱症療效最爲顯著。迄今，已有數萬病人接受此種頭皮針新療法，積累了豐富的實踐經驗。在此基礎上，朱教授先後出版了專著《朱氏頭皮針》與《針灸治療急診手册》，詳細介紹了朱教授的頭皮針經驗。自從此兩書的中文、英文與日文版問世以來，世界各地的醫師、科學工作者對朱氏頭皮針感興趣者，日益增多，中西醫之間的交流與合作，日益緊密，充分證明，朱氏頭皮針具有強大的生命力。

Theory and Practice of Zhu's Scalp Acupuncture Treatment

Ming-Qing Zhu and Eva Chau

Zhu's scalp acupuncture was invented by Dr. Zhu Ming Qing of Beijing College of Acupuncture and Traumatology. Developed by Dr.Zhu with his over twenty years of researches and experience of thousands cases, the Zhu Scalp Acupuncture is a very effective acupuncture treatment system used by many acupuncturists all over the world. In 1984, the Acupuncture association of China, authorized by the world Health Organization, devalued the International Standardized Scheme for point names, Soon after that Dr. Zhu Ming Qing introduced his Micro-Needle system throughout China.

In 1989, with the idea of further improving as well as demonstrating his scalp acupuncture techiques, Dr. Zhu moved to the United Stated where he met Dr. Eva M. Chau. Dr. Chau has been practicing scalp acupuncture for more than a decade and is one of pioneer in establishing Chinese acupuncture in the United States where the western medicine has been dominated for centuries, Along with her colleagues, they fought for the legalization of Acupuncture in 1970's. Dr. Chau has been very active in the Acupuncturists community and has headed several Acupuncture organizations including served as President of the Chinese Acupuncture Association. Together with Dr. Zhu, they established the Chinese Scalp Acupuncture Center to develop a new Micro-Needle system, hence called Zhu's Scalp Acupuncture. and she is currently serving as the President and Director of Training and Education of the Zhu's Scalp Acupuncture International Association. Dr. Zhu and Dr. Chau have discovered new points which have been proven to be beneficial to patients with stroke and paralysis. By popular demands, the Chinese Scalp Acupuncture Center has organized several conferences to teach and demonstrate the Zhu's Scalp Acupuncture which has helped acupuncturists to refine their scalp acupuncture techniques.

Zhu's Scalp Acupuncture has been developed under the guidance of traditional Chinese medicine theor. Based on the theory of Zang-Pu organs, Meridians and Collaterals, Zhu's acupuncture technique defines the treatment zones for the penetration acupoint needing based on the circulation and distribution of the channels and acupoints on the scalp, and the close relationship among the scalp, body and limbs, Zang-Fu organs, five sense organs, and seven orifices. Based on the traditional needing methods and the needling method like the Internal Classic, in combined with the principles of only shallow needling, penetrating needling can be applied to the head point. Eight treatment zones are defined in the scalp acupuncture. Locations are based on the twelve channels, the name of the acupoint and the anatomic name of the oranial bones. Each treatment zone has its own therapeutic effects and indications. The treatment zone of scalp aucpuncture closely relate to location, diseases and indications of the twelve regular channels and eight extra channels which circulate onto the head. These are the theoretical and material base for scalp acupuncture to treat diseases. So comprehending the relationship between the zones. channels and acupoints is the bases for mastering scalp acupuncture therapy.

Zhu's scalp acupuncture treatment has it unique technique. The sizes of the needle are Gauge 32 or 34, 1.2 cun in length. Usually, sitting position is selected for scalp acupuncture. with the patient facing the doctor. This is convenient for the doctor to locate the zones correctly and to work without hindrance. In order to insert the needle into the subaponeurotic space, after inserting the needle quickly into the skin, the angle of the insertion should be around 15 to 30 degree. The depth of the insertion should be about 1 cun. The retaining time of the needles can vary from 34 to 48 ours. General speaking, the longer the retaining time, the better the result. Manipulation may be given at intervals during tetaining the needles. Two basic manipulation techniques are used in Zhu's scalp acupuncture : Chouqi method, which is the the reducing technique, and Jinqi method, which is the enforcing technique. The manipulation of the two methods are relatively simple and easy to master.

Although it is a newly developed acupuncture treatment, Zhu's scalp acupuncture absorbs many traditional needing methods,including contralateral needling, distal needling, adjacent needling, triple needling, repeated shallow needling and penetrating point needling.

It is one the characteristics of scalp acupuncture that the breathing exercise is accompanied during manipulation. If only manipulation is applied without cooperation of the breathing exercise, the channel Oi will be difficult to be conducted into the affected site. Three aspects need to be taken note of in performing breathing exercise :

1) the patient should perform the breathing exercise correctly under the operator's quidance.
2) the duration of the exercise should be sufficiently long.
3) the amount of the breathing exercise should be based on patient's constitution and pathological condition.

Zhu's scalp acupuncture treatment is characterized as simple and safe applications without side effects.This treatment has remarkable effects on both acute and chronic disorders, such as paralysis and pain. The treatment does not conceal the positive signs of the diseases.In the clinical application of the Zhu's scalp acupuncture, the most tremandous achievment is the therapeutic effects in the patients with hemipledge caused by stroke or trauma. Thousands of patients have been treated by this newly developed method. Dr. Zhu Ming Oing has published two books in Chinese as well as in English and Japanese. "Zhu's Scalp Accupuncture" gives detailed description of this therapy. "A Handbook for treatment of Acute Syndromes by Using Acupuncture and Moxibustion" covers a general view of acupuncture therapy developed by Dr, Zhu in treating acute diseases. Since the publication of these two books, medical scholars all over the world has shown more and more interests in Zhu's scalp acupuncture treatment and the communication and cooperation between Chinese medicine and western medicine has ben greatly increased.

頭皮針治療急症的體會(一)

朱明清　　周敏華　　周澤新　　王卜雄

朱氏頭皮針國際研究總會
美洲中國頭皮針中心

中醫治病向有〝一針二灸三服藥〞（《千金方》）之説，自然也包括急診的治療在內。扁鵲用針灸治癒虢太子屍厥，即是見諸記載的早期例症之一。本人及中心的同仁以頭皮針治療各類急症，已有二十餘年的歷史。深感頭皮針療效迅速而確實，且頭皮針操作時，不須脱衣解帶，不限體位，對危急病人至爲方便。頭皮痛感較少，病者也樂于接受。頭皮針分區定位，辨證施治，自成體系，與其它針刺方式相比，頭皮針的特色及其優越性是顯然可見的。但是，頭皮針有不少流派，關于這方面的內容，本人已另作介紹，在此仍介紹本人所創用之分區及操作，在急症中之運用。并業經數以千計治驗，願以一得之愚，公諸同好，嚶鳴求友，相互切磋。

由于來診之危急重症，以腦源性疾病爲多，有關案例較爲充實，且針灸界同仁每視此類疾病爲畏途，故下述案例中較多介紹此類疾病。但頭皮針之療效絶非限于腦源性病，故于哮喘，膽絞痛，蘭尾炎，腸炎等症之急性發作，各舉一隅，以資説明。本人將于介紹驗案之同時，淺談本人及同仁之治療體會，敬希同道教正。

下面介紹之１２驗案，散見于中國、日本、菲律賓、台灣、香港及美國，或有助于説明頭皮針同樣適用于不同民族，不同地區。

Clinical Experience of the Scalp Acupuncture in Emergent Services(一)

Ming Qing Zhu[1] Min-Hua Chau[2] Tzer Shin Zhou[3] Pwu Shyong Wang[4]

1 : Zhu's Scalp Acupuncture Association (International)Incorporated

It is said that the principle of Chinese Medicine includes " first Needle, second Moxibustion, the last Herbs " (《Ch'ien-chin fang, Thousand Gold Remadies》). Emergent services are also included in its applications. That Pien Ch'iao used acupuncture to cure the syncope of the prince of the state of Kuo is one of the examples. My colleagues and I have used Scalp Acupuncture on many kinds of emergent cases for about twenty years. We feel that the effect of Scalp Acupuncture is really fast and definit. Besides, treated by Scalp Acupuncture, the patients don't have to take off their cloth and have no limitation in posture. Therefore, Scalp Acupuncture is very convenient to the emergent cases. Furthermore, the pain caused by Scalp Acupuncture is minimal and the patients are usually glad to accept this kind of treatment. Compared with other kinds of acupuncture treatments, Scalp Acupuncture has obvious advantages such as specific location and application criteria.

However, there are many branches in Scalp Acupuncture.Concerning about these branches, I have introduced them in other articles. In this I will introduce my creation of the specific location, manipulation and how to make use of it to the emergent cases. This method has been experimented for thousands of times and I hope it can be discussed academically with other coworked in the world.

Most of the emergent cases belong to brain-origin diseases and the acupuncturists always think these problems are difficult for them. So, I'd like to introduce to you the application of Scalp Acupuncture on brain-origin diseases by most of the examples below. However, except for the brain-origin diseases, Scalp Acupuncture can also be applied on asthma, biliary colic, appendisitis, colitis, etc. I will also present to you our experiences of the application of Scalp Acupuncture on each of the above problems. I hope you can give me some comments.

The below twelve examples are distributed in China, Japan, Taiwan, Philippines, Hong Kong and USA. They are helpful for me to explain that Scalp Acupuncture can be used in different places and races.

頭皮針治療急症的體會(二)

朱明清　　周敏華　　周澤新

朱氏頭皮針國際研究總會
美洲中國頭皮針中心

〃劫病之功，莫捷于針灸〃（《針灸大成》）。運用針灸治療急症，確實歷史悠久，效果卓著。自扁鵲治虢太子屍厥起，至今已有兩千多年的臨床經驗累積。近二十年來，筆者行醫于中國、日本、菲律賓，台灣，香港、及美國各地，運用針灸－－頭皮針治療數以千計的各科急症，均取得較爲良好的療效，有的甚至具有〃立竿見影〃的效果。現通過驗案報告談針灸、頭皮針治療急症的體會，敬請同道斧正。

例一：支氣管哮喘急性發作　（中國）

金XX，男性，24歲，工人。1986年04月01日初診。

患者自幼咳嗽氣喘，反復發作。近三日加劇，喘甚而不能平臥，痰質粘稠，量少色白。經胸透檢查，診斷爲支氣管哮喘，慢支肺氣腫，肺心病。于昨日住麗水某醫院。至下午二時，患者突感胸悶氣喘，張口抬肩，汗出漉漉，無胸痛寒熱。檢查：面色蒼白，唇色稍紫。端坐呼吸，二肺布滿哮鳴音，兼有少許細小濕羅音。心率102 次／分。律齊、苔微黃膩，脈細數，診斷爲支氣管哮喘急性發作。取額頂帶前2／4，并刺，用抽氣法，針后五分鐘喘平氣緩，留針兩小時后，餘證隨減，能起床散步。

按：額頂帶，屬督脈與足太陽膀胱經，前2／4主治上焦病，透刺前1／4，則具有寬胸平喘，利咽寧神，斂汗之功。苔黃膩，脈細數爲實證苔脈，用并刺以加強其效，用抽氣法以瀉其邪。

例二：急性膽絞痛（中國）

許XX，女性，68歲，農民。86年04月05日初診。

患者”膽石症，膽囊炎”兩年餘，上腹部疼痛發作。本月22日晚又突發中上腹部劇痛，急診收入麗水縣某醫院。今上午8 時，中上腹部脹痛加劇，呼吸，咳后尤甚。檢查：痛苦面容，心肺（一），心率72次／分，血壓104／72 毫米汞柱。劍突下壓痛明顯，墨菲氏症陽性，下肢無浮腫，舌苔白，脈弦數。診斷爲急性膽絞痛。遂針左側額旁一帶，用對刺法與抽氣瀉法，針后疼痛立止。留針兩天，未見復發而出院。

按：額旁一帶，屬足少陽膽經。主治中焦病症。本病正是本經所屬病候。痛者不通，不通當疏。用上下對刺以行針瀉實。故痛自止。

例三：急性蘭尾炎（美國）

Sherley Tan， 女性，35歲，會計師。1991年11月06日初診。

患者因右下腹部疼痛劇烈而由友人介紹求治。右下腹劇痛兩小時，下蹲及收腿則疼痛稍緩解，輕度畏寒，無惡心嘔吐及腹瀉。檢查，痛苦面容，心肺（一）右下腹腹壁稍緊張、麥氏點反跳痛明顯。T 37.5℃。足三里及蘭尾穴附近壓痛明顯。脈滑小數、舌苔薄膩。診爲：急性蘭尾炎，建議緊急就醫手術治療。患者因恐懼手術而要求針灸治療觀察。

此濕熱蘊結，當以清熱利濕，疏通爲治。取用：額項帶前３／４，並刺額旁一帶，上下對刺，用抽氣瀉法。兼加足三里。用龍虎交戰瀉法。留針一小時，疼痛緩解，當夜睡眠良好。次日下午，再針一次而癒。第三天即正常上班，至今半年未見再發。

按：額項帶前３／４，屬督脈經，額旁一帶，屬足少陽膽經，足三里爲足陽明經合穴，皆屬主治中焦病症。本症乃濕熱蘊結腸胃所致。取上列諸穴，並行抽氣瀉法和龍虎交戰瀉法，此乃瀉邪疏通止痛之良法也。

例四：急性泄瀉

趙ＸＸ，女性，41歲，農民。1986年04月30日初診。（中國）

患者突發陣性腹痛、泄瀉多次、身熱口渴，檢查：臍周壓痛，腸鳴音頻數，亢進大便常規檢查，水樣便，白血球少許。苔黃微膩、脈滑數，診斷爲急性腸炎、遂予針額旁一帶，行抽氣法。留針四小時，針後腹痛和泄瀉即止，第二天再針一次，後未見復發。

按：急性泄瀉多因外邪而致胃腸運化與傳導功能失常所致、額旁一帶主治中焦病變、用抽氣瀉法，以疏調腸胃氣機、邪去正安、其疾自去。

例五：急性隱睪症

何ＸＸ，男性，21歲，學生。1986年06月09日初診。（中國）

患者，于前日晚11時許，因受寒而致左側睪丸上縮入腹，遂感小腹疼痛劇烈。夜難入眠。于昨晚八時三十分去杭州某醫院泌尿科急診，診斷爲〞急性隱睪症〞，西藥及熱敷療法。雖痛稍緩，但隱睪未下。于今日下午三時求治于針灸，遂取額項帶後１／４並刺，額旁２帶右、行抽氣法，三十分鐘後隱睪，下至陰囊，腹痛頓消，諸恙悉除。

按：此病症在陰器。額項帶屬督脈經與足太陽膀胱經，督脈起于小腹，下出會陰；足厥陰肝經又上達顚項。膀胱經交督脈，絡腎經，也與陰器緊密相當；額旁２帶屬足厥陰肝經，肝經繞過陰部，上達小腹，故該三線均主本病。配合針刺，相得益彰。因隱睪在左，故交叉行針。獨取右側，其病因爲陰部受寒而發，故予瀉實之法。以收睪降止痛之效。

例六：血崩不止

史ＸＸ，女性，46歲，工人。1936年05月20日初診（中國）

患者近五年，因子宮下垂和子宮瘤三次住院。于1986年05月20日經潮，量少而不暢，小腹墜痛。今日突然血注如崩。察患者面色蒼白，精神萎頓，心悸乏力，舌淡苔白，脈虛而數，遂刺額項帶前1／4。雙側額旁2帶（均用抽氣法），額項帶後1／4（用進氣法）。針後小腹痛止，經量鋭減，餘恙皆緩，針四次後止血。

按：本症素體衝任受損，肝脾失調，而致失攝無權，致經血非時而下，暴注如崩。補額項帶後1／4以升陽固脱，瀉額項帶前／4和額旁2線帶以寧神息悸，疏肝調脾，故三管齊下，崩止恙除。

例七：腦血管意外

呂Ｘ，女性，81歲，農民，1986年05月06日初診。（中國）

患者于1986年05月01日晚起床小便時，發現失語。右側肢體偏癱。于翌日晨送本院求治。今日邀針灸科會診。檢查：神志清，右側鼻唇溝變淺，失語，右上下肢肌力０級。診斷爲腦血栓形成。右側肢體癱瘓，遂予額項帶1／4（前後）項顳帶（左）接力刺法，配合導引治療，行瀉法。針後即能説話、站立、抬腿、舉手，並能攙扶下邁步。第三天能自行一華里。呈蹣跚步。經連續治療15次，已生活自理，基本痊愈而出院。

按：該例患者屬運動性失語，故針額項帶後神寧竅開，即能言語；且額項帶和項顳帶配用有增強患肢肌力，糾正中風偏癱的作用。故本法無論對腦血栓形成和腦出血後遺症所致作偏癱，均有優異的效果。

例八：腦血管意外（香港）

何ＸＸ，男，63歲，退休，1991年05月20日初診。

患者晨起感覺頭暈，右下肢無力，尚能行走，但至中午則發覺右手不能抬起、拿筷，右下肢不能提起行步，語言蹇澀不利。扶去附近醫院急診，診斷爲〃腦梗塞〃。經友人介紹而于當日出院，改作頭皮針治療。

患者就診時神情，右側肢體癱瘓，語言蹇澀不利，嘴角斜，左鼻唇溝變淺，舌稍歪斜，上、下肢肌力1級。急取：額項帶前1／4，項顳帶上2／3，接力刺，用抽氣瀉法；額項帶後1／4，用進氣法，以寧神開竅，益氣通絡，爲法。

連針五天，每次留針2小時，並配合相應肢體之導引術。第三天起，語言清晰，右上肢已能上舉過胸，在扶持下已能抬腿邁步。半月後，即能獨立行走，右手已能握筷，但仍欠自如，並感乏力。以後改爲每三天針治一天，一月後，基本痊癒而停止治療。半年後，附訪，患者一切生活自理，活動自如如常人。

例九：腦血管意外（美國）

沈ＸＸ，男性，46歲，醫生，1992年02月03日初診。

素有高血壓史，昨晚12時許，患者突發頭痛，眩暈，肢體乏力，20餘分鐘後，即出現右側肢體癱瘓，語言障礙，隨送當地醫院急救，經CT檢查爲〞出血性中風〞3日上午，由家屬要求作針灸治療。

是日症狀：神清，運動性失語，右側肢體癱瘓，嘴喎斜，舌縮不能伸出，二便不能自制脈弦滑，苔薄黃膩，右上、下肢肌力０級，巴彬斯基症（＋），診爲〞腦溢血〞。隨用：額頂帶前１／４（並刺）後１／４，以抽氣法瀉實袪邪，加用內關、太衝、大敦以平肝熄風，開竅止血。每日治療一次，連針三天。改用額頂帶前１／４，後１／４，各一針，頂顳帶（左）用４針接力刺，連針五天。同時配合相應導引，患者于７天後，已能發單字，並能在扶持下，右腿稍稍抬起行走。繼改爲二日針治一次。經15次治療，患者已能用中、英文短句表達心意，在拐杖協助下，邁步行走，唯右手指痙攣不鬆，右手上抬不及平胸，囑自已加強功能鍛練，暫停頭皮針治療。

按：〞中風〞一症，是當前中、老年人致死及致殘的主要病症之一。據不完全統計，中國大陸發病率爲３％～８％，美國則每年約有５０萬人發病。中風病急性期的及時搶救和治療對其預后有著極大的關係。筆者發現針灸尤其是頭皮針的及時施治（缺血性中風以發病即時使用並配合肢體之導引。出血性中風，則急性期（15～30天以內）以醒腦開竅，豁痰寧神爲主，出血停止，神清燒退後，可配合相應肢體之導引），可明顯減輕症狀，縮短病程，使之盡快達到殘而不廢，生活自理之功效。

若發現患者發病急驟、神昏、面赤、痰如曳鋸，持續發熱（38℃以上），二便秘結，或瞳孔放大，口吐白沫，呼吸短促或吸短呼長，二便失禁，或哈久頻頻等現象。此爲危象，甚難挽救，切勿勉爲其針！！！

例十：眩暈急性發作（中國）

范ＸＸ，男性，65歲，退休。1986年04月26日初診。

患者時發頭暈旋轉，兩目皆黑，泛泛欲吐之症已一年餘。今日又突發上述諸症，伴有手肢發冷，足心發熱，頭部一動，即感眩暈旋轉，空吐不已。檢查：血壓１２０／８０毫米汞柱。脈小，苔白膩微黃。頭部不敢轉動。診斷：眩暈急性發作。取額頂帶前１／４，後１／４（並刺）項枕下１／４（並刺）抽氣瀉法。留針八小時，針後頭暈頭昏銳減，視物較前清晰，餘症皆除。一療程後主症基本消失。

按：該例眩暈，素體氣血足，復加痰濕中阻，乃本虛標實之症。取額頂帶以固本安神止暈。用項枕帶以制目眩。井刺法乃兼顧督脈，與膀胱經，以除手足冷熱之症，諸線協同，眩暈頓解。

例十一：狂躁型精神分裂證：

李ＸＸ，男性，20歲，農民。1987年03月05日初診。（中國）患者于1984年05月初開始出現不眠，煩躁、自言自語和打人罵人，敗壞家物等事件。經天台精神病院診治爲〝精神分裂症〞，反復不已，于1985年09月住天台精神病院治療，但出院後約三個月基本正常，後又復發、1986年10月再次住院治療，但出院後20餘天又發作，狂躁不寧，無奈，家裡于1987年春節前，用鐵鏈將其手、足鎖固。于1987年03月05日前來楚門接受頭皮針治療。取項中線、額中線，額旁１線（右），用抽氣法，約10分鐘後，病人趨于安靜，能與醫師進行一般簡答。

患者于1987年03月30日複診。追述第一次治療後，病人持續安睡三天，並能閱讀書報。取穴同前。針後05分鐘後，能寫自已名字、住址及正常回答醫師的話。03月31第三次針治，已能有自行車帶人20餘華里地，前來受針。

按：該例爲狂躁型精神分裂症，系所欲不遂，七情郁結，肝氣上連心火，蒙蔽清竅。額中線，項中線配額旁１線爲清心開竅，寧神定志之要線，三線配合，取效尤捷。

例十二：腦震盪　右側動眼神經損傷　（中國）

吳ＸＸ，女性，19歲，工人。1986年12月26日初診。

患者于86年12月20日下午03時許，從層樓高處（相當于13米）跌下，背部著地，當時有數分鐘昏迷，來院急診。檢查：右瞳孔散大至邊緣，對光反射消失，經外科住院治療後神志清醒，病情好轉但右側瞳孔散大，對光反散差，畏光，眼球不能轉動，視物不清（眼前指數），伴頭痛，眩暈，有噁心感，外科求會診。取額中線，枕上中線，上旁線均用抽氣法。針後視物當即較前清楚，三次後視力達０．８，眼球向外側時尚模糊，眼球活動度已基本正常。頭痛，眩暈及噁心感均消失。治療九次後，視力恢復到１．２。雙側瞳孔等圓，對光反射正常，痊愈出院。

按：跌撲外傷，髓海受損，氣血淤滯，精血虧損，而不能濡是故諸恙紛起，經取額中線以寧神守志。枕上中，旁線以益腎精目，故諸恙得除。

二．體會

1.　本文頭皮針治療急症之案例，採用”朱氏頭皮針”治療帶及中國針灸學會公佈的，經聯合國衛生組織西太地區通過的《頭皮針穴名國際標準化方案》。除督脈經的治療線外一般都取患部對側治療線，用30-32號1.2寸不銹鋼毫針，進針約 1 寸。其手法筆者採用呼吸、迎隨、徐疾、提插的綜合補瀉手法，而因急症或慢病急性發作期每以實證或本虛標實證較爲多見，故治療急症時，往往〝用針渾是瀉而無補〞(《針灸大成》)。文中部分案例提到的”抽氣法”是筆者根據《針灸大成》的〞抽添法〞演變，創新後的一種提抽瀉法。運針時用暴發力將針柄抽提，其力猛，其速快，但針體基本未或只1～3分。筆者將此法運用于臨床，其效比單純的提抽瀉法瀉法爲好。

2.　在頭皮針治療急症中，結合相應的導引、吐納和運用不同刺法，能顯著提高療效。

3.　頭皮針治療急症，過去報導鮮見。筆者在臨床上千例的治療中，僅舉12例，以示頭皮針對精神、神經系統、婦科、外科等各種急症皆能適應，具有獲效迅速，副作用少，簡便易行，不影響進一步診斷治療的優點。因此，值得在急症治療中推廣用，並當重現在臨床實踐中進一步摸索經驗，拓寬適應範圍，以求強化針灸治療急症的手段。

三．小結

本文通過介紹12例急症的頭皮針治療說明頭皮針治療急症，不僅有適應性廣、療效快、方法簡便易行，能迅速解除病人痛苦的優點，而且有副作用少，不影響進一步診治的好處，因而值得重視和推廣應用。

子午流注及靈龜八法之臨床應用

黃維三
中國醫藥學院中國醫學研究所

針灸學的發展，最早時期是由先民在無意中，本能的拾石杵擊，就火薰灼，因而發明了針灸治病的方法，世界第一部醫書黃帝内經書中，已經有了完整而有系統的經絡學説，可以作爲診斷、治療，以及針灸手法的理論基礎，以後屢經歷代名醫繼續探討與臨床經驗的累積，使腧穴學愈趨完備，針灸處方學日益豐富，針灸手法也演變得更爲繁難。到了金元時期（公元960-1368）何若愚、竇漢卿等人，根據氣血在人體經脈中運行的規律，因爲時間的變化而有盛衰，經穴也隨著有開有闔的理論，以十二經的五腧穴爲基本，結合日時的天干地支，來確定某日某時應取的穴位，就叫做子午流注針法；或以通治奇經八脈的八法穴爲基本，配合八卦、九宮數、結合日時天干地支，以推算某日某時治療某病應取的穴位，就叫做靈龜八法。

這兩種按時取穴的治療方法，在元、明兩代頗爲盛行，有人推崇這是把針灸學博以返約，進入昇華的境界，也有人譏爲過於迷信，類同占星卜相之流，故清朝迄民國，應用此法者不多。直到最近幾年，由於時間生物學，時間醫學在國際間異軍突起，被稱爲醫學界的最新支派，子午流注、靈龜八法與内經的五運六氣，均被列爲爭相研究和討論的對象。本文僅就子午流注與靈龜八法在臨床上之應用方法，作一簡單介紹，使讀者瞭解腧穴與時間結合的因果關係，作爲更進一步研討的階梯。

一、子午流注逐日按時開穴及合日互用開穴總表，及本表讀法。

二、靈龜八法六十日各時間開穴總表(一)與(二)，及本表讀法。

子午流注逐日按時間開穴及合日互用開穴總表

時	開穴 時 \ 日	甲 膽	乙 肝	丙 小	丁 心	戊 胃	己 脾	庚 大	辛 肺	壬 焦 膀	癸 (包) 腎
23–1	子 膽	甲 陽輔	丙 前谷	戊 三里	庚 三間 腕骨。	壬 關衝	甲 陽輔	丙 前谷	戊 三里	庚 三間	壬 關衝
1–3	丑 肝	乙 行間	丁 少海	巳 太白 太衝。	辛 曲澤	癸 復溜	乙 行間	丁 少海	巳 太白	辛 曲澤	癸 復溜
3–5	寅 肺	丙 小海	戊 陷谷 丘墟。	庚 天井	壬 崑崙	甲	丙 小海	戊 陷谷	庚 天井	壬 至陰 井	甲
5–7	卯 大	丁 神門 太谿。 大陵。	巳 間使	辛 經渠	癸	乙 曲泉	丁 神門	巳 間使	辛 少商 井	癸	乙 曲泉
7–9	辰 胃	戊 支溝	庚 陽谿	壬	甲 陽陵泉	丙	戊 支溝	庚 商陽 井	壬	甲 俠谿	丙
9–11	巳 脾	巳 商丘	辛	癸 陰谷	乙	丁 大陵	巳 隱白 井	辛	癸 然谷	乙	丁 大陵
11–13	午 心	庚	壬 委中	甲	丙 中渚	戊 厲兌 井	庚	壬 通谷	甲	丙 後谿 京骨。 陽池。	戊 厲兌
13–15	未 小	辛 尺澤	癸	乙 勞宮	丁 少衝 井	巳	辛 魚際	癸	乙 太衝 太淵。	丁 少衝	巳
15–17	申 膀	壬	甲 液門	丙 少澤 井	戊 解谿	庚 二間	壬	甲 臨泣 合谷。	丙 少澤	戊 解谿	庚 二間
17–19	酉 腎	癸 中衝	乙 大敦 井	丁 靈道	巳 大都	辛	癸 太谿 太白。	乙 大敦	丁 靈道	巳 大都	辛
19–21	戌 包	甲 竅陰 井	丙 陽谷	戊 內庭	庚 曲池	壬 束骨 衝陽。	甲 竅陰	丙 陽谷	戊 內庭	庚 曲池	壬 束骨
21–23	亥 焦	乙 中封	丁 少府	巳 陰陵泉	辛 太淵 神門。	癸 湧泉	乙 中封	丁 少府	巳 陰陵泉	辛 太淵	癸 湧泉 井

靈龜八法六十日各時開穴總表(一)

甲10 乙9 丙7 丁8 戊7 己10 庚9 辛7 壬8 癸7　子7 丑10 寅8 卯8 辰10 巳7 午7 未10 申9 酉9 戌10 亥7

甲9 乙8 丙7 丁6 戊5 己9 庚8 辛7 壬6 癸5

子9 丑8 寅7 卯6 辰5 巳4 午9 未8 申7 酉6 戌5 亥4

時	日 開穴	甲子	乙丑	丙寅	丁卯	戊辰	己巳	庚午	辛未	壬申	癸酉	甲戌	乙亥	丙子	丁丑	戊寅
23–1	子	甲8	丙5	戊2	庚3	壬5	甲5	丙5	戊1	庚7	壬1	甲2	丙2	戊1	庚5	壬3
1–3	丑	乙6	丁3	己5	辛1	癸3	乙3	丁3	己4	辛5	癸5	乙9	丁6	己4	辛3	癸1
3–5	寅	丙4	戊1	庚3	壬5	甲6	丙1	戊1	庚2	壬3	甲2	丙7	戊4	庚2	壬1	甲4
5–7	卯	丁2	己4	辛1	癸3	乙4	丁5	己4	辛6	癸1	乙6	丁5	己1	辛9	癸5	乙2
7–9	辰	戊9	庚2	壬8	甲6	丙2	戊3	庚2	壬4	甲4	丙4	戊3	庚3	壬7	甲2	丙9
9–11	巳	己3	辛6	癸6	乙4	丁9	己5	辛9	癸2	乙2	丁2	己6	辛3	癸5	乙6	丁7
11–13	午	庚7	壬4	甲6	丙2	戊4	庚4	壬4	甲5	丙6	戊6	庚1	壬1	甲5	丙4	戊2
13–15	未	辛5	癸2	乙4	丁6	己7	辛2	癸2	乙3	丁4	己3	辛8	癸5	乙3	丁2	己5
15–17	申	壬3	甲5	丙2	戊4	庚5	壬6	甲5	丙1	戊2	庚1	壬6	甲2	丙1	戊6	庚3
17–19	酉	癸1	乙3	丁9	己1	辛3	癸4	乙3	丁5	己5	辛5	癸4	乙6	丁8	己3	辛1
19–21	戌	甲4	丙1	戊7	庚5	壬1	甲1	丙1	戊3	庚3	壬3	甲7	丙4	戊6	庚1	壬8
21–23	亥	乙2	丁5	己1	辛3	癸8	乙5	丁8	己6	辛1	癸1	乙5	丁2	己9	辛5	癸6

時	日 開穴	己卯	庚辰	辛巳	壬午	癸未	甲申	乙酉	丙戌	丁亥	戊子	己丑	庚寅	辛卯	壬辰	癸巳
23–1	子	甲6	丙8	戊4	庚5	壬8	甲1	丙4	戊4	庚2	壬2	甲2	丙6	戊5	庚8	壬5
1–3	丑	乙4	丁6	己1	辛3	癸6	乙8	丁2	己7	辛6	癸9	乙6	丁4	己3	辛6	癸3
3–5	寅	丙2	戊4	庚5	壬1	甲3	丙6	戊6	庚5	壬4	甲3	丙4	戊2	庚6	壬4	甲6
5–7	卯	丁6	己7	辛3	癸8	乙1	丁4	己3	辛3	癸2	乙1	丁2	己5	辛4	癸2	乙4
7–9	辰	戊4	庚5	壬1	甲2	丙5	戊2	庚1	壬1	甲5	丙8	戊6	庚3	壬2	甲5	丙2
9–11	巳	己1	辛3	癸5	乙9	丁3	己5	辛5	癸8	乙3	丁6	己3	辛1	癸6	乙3	丁6
11–13	午	庚5	壬7	甲2	丙4	戊1	庚9	壬3	甲8	丙1	戊1	庚1	壬5	甲3	丙7	戊4
13–15	未	辛3	癸5	乙6	丁2	己4	辛7	癸1	乙6	丁5	己4	辛5	癸3	乙1	丁5	己1
15–17	申	壬1	甲8	丙4	戊9	庚2	壬5	甲4	丙4	戊3	庚2	壬3	甲6	丙5	戊3	庚5
17–19	酉	癸5	乙6	丁2	己3	辛6	癸3	乙2	丁2	己6	辛9	癸1	乙4	丁3	己6	辛3
19–21	戌	甲2	丙4	戊6	庚1	壬4	甲6	丙6	戊9	庚4	壬7	甲4	丙2	戊1	庚4	壬1
21–23	亥	乙6	丁2	己3	辛8	癸2	乙4	丁4	己3	辛2	癸5	乙2	丁9	己4	辛2	癸5

申脈1 照海2 外關3 臨泣4 照海5 公孫6 後谿7 內關8 列缺9

靈龜八法六十日各時開穴總表(二)

甲10 乙9 丙7 丁8 戊7 己10 庚9 辛7 壬8 癸7　　子7 丑10 寅8 卯8 辰10 巳7 午7 未10 申9 酉9 戌10 亥7

甲9 乙8 丙7 丁6 戊5 己9 庚8 辛7 壬6 癸5

子9 丑8 寅7 卯6 辰5 巳4 午9 未8 申7 酉6 戌5 亥4

開穴 時＼日	甲午	乙未	丙申	丁酉	戊戌	己亥	庚子	辛丑	壬寅	癸卯	甲辰	乙巳	丙午	丁未	戊申	己酉	庚戌	辛亥	壬子	癸丑	甲寅	乙卯	丙辰	丁巳	戊午	己未	庚申	辛酉	壬戌	癸亥
23 子 1	甲8	丙5	戊3	庚4	壬5	甲5	丙5	戊1	庚6	壬6	甲2	丙2	戊1	庚5	壬4	甲1	丙8	戊4	庚5	壬2	甲9	丙3	戊4	庚2	壬2	甲2	丙7	戊6	庚8	壬5
1 丑 3	乙6	丁3	己6	辛2	癸3	乙3	丁5	己4	辛4	癸4	乙9	丁6	己4	辛3	癸2	乙5	丁6	己1	辛3	癸6	乙7	丁1	己7	辛6	癸9	乙6	丁5	己3	辛6	癸3
3 寅 5	丙4	戊1	庚4	壬6	甲6	丙1	戊1	庚2	壬2	甲1	丙7	戊4	庚2	壬1	甲5	丙3	戊4	庚5	壬1	甲3	丙5	戊5	庚5	壬4	甲3	丙4	戊3	庚1	壬4	甲6
5 卯 7	丁2	己4	辛2	癸4	乙4	丁5	己4	辛6	癸9	乙5	丁5	己1	辛9	癸5	乙3	丁1	己7	辛3	癸8	乙1	丁3	己2	辛3	癸2	乙1	丁2	己6	辛5	癸2	乙4
7 辰 9	戊9	庚2	壬9	甲1	丙2	戊3	庚2	壬4	甲3	丙3	戊3	庚5	壬7	甲2	丙1	戊5	庚5	壬1	甲2	丙5	戊1	庚6	壬1	甲5	丙8	戊6	庚4	壬3	甲5	丙2
9 巳 11	己3	辛6	癸7	乙5	丁9	己6	辛9	癸2	乙1	丁1	己6	辛3	癸5	乙6	丁8	己2	辛3	癸5	乙9	丁3	己4	辛4	癸8	乙3	丁6	己3	辛2	癸1	乙3	丁6
11 午 13	庚7	壬4	甲7	丙3	戊4	庚4	壬4	甲5	丙5	戊5	庚1	壬1	甲5	丙4	戊3	庚6	壬7	甲2	丙4	戊1	庚8	壬2	甲8	丙1	戊1	庚1	壬6	甲4	丙7	戊4
13 未 15	辛5	癸2	乙5	丁1	己7	辛2	癸2	乙3	丁3	己2	辛8	癸5	乙3	丁2	己6	辛4	癸5	乙6	丁2	己4	辛6	癸6	乙6	丁5	己4	辛5	癸4	乙2	丁5	己1
15 申 17	壬3	甲6	丙3	戊5	庚5	壬6	甲5	丙1	戊1	庚6	壬6	甲2	丙1	戊6	庚4	壬2	甲8	丙4	戊9	庚2	壬4	甲3	丙4	戊3	庚2	壬3	甲7	丙6	戊3	庚5
17 酉 19	癸1	乙3	丁1	己2	辛3	癸4	乙3	丁5	己4	辛4	癸4	乙6	丁8	己3	辛2	癸6	乙6	丁2	己3	辛6	癸2	乙1	丁2	己6	辛9	癸1	乙5	丁4	己6	辛3
19 戌 21	甲4	丙1	戊8	庚6	壬1	甲1	丙1	戊3	庚2	壬2	甲7	丙4	戊6	庚1	壬9	甲3	丙4	戊6	庚1	壬4	甲5	丙5	戊9	庚4	壬7	甲4	丙3	戊2	庚4	壬1
21 亥 23	乙2	丁5	己2	辛4	癸8	乙5	丁8	己6	辛9	癸6	乙5	丁2	己9	辛5	癸7	乙1	丁2	己3	辛8	癸2	乙3	丁3	己3	辛2	癸5	乙2	丁1	己5	辛2	癸5

申脈1 照海2 外關3 臨泣4 照海5 公孫6 後谿7 內關8 列缺9

The Clinical Practive of Zi Wu Liu Zhu(子午流注)and Ling Gui Ba Fa(靈龜八法)

Wei-San Huang

Institute of Chinese Medicine
China Medicial College

The development of Acupuncture was discovered by chinese ancestor, instinctly. In the book of "Yellow emperor Nei-Jing" (the first medical textbook in the world), the intact and systemic meridian theory been established as clinical uses. Till Jin and Yuan Dynasty (960-1368), some doctors according to the Qi and Blood circulating throughout the 12 meridians in the body, follow a certain regulation, and depends the time. So, selecting acupuncture points is based from the 66 " Five Shu " Points as principle points and correlating them with the date and hour called "Zi Wu Liu Zhu"(子午流注).

Another way to select acupoints is based from eight points of the Eight Extrameridians with the date and hour called " Ling Gui Ba Fa " (靈龜八法). These years, the Chrono Biology and Chrono Medicine are very popular. So the " Zi Wu Liu Zhu" and " Ling Gui Ba Fa " are more considered now, I would like to introduce the methods for clinical practice, to let you know the relationship of time and acupoints, as the stairs to further promotion!

中醫關於" 腎 "的理論與研究

張大寧
天津中醫醫院

" 腎 "是中醫學臟象學説中的重要內容，臨床指導意義很大，以下僅就有關於腎的生理、病理、診斷、治療及當前國內外的研究等作一探討。

一. " 腎 "的生理功能

腎爲人體先天之木，分爲”精”、”氣”兩部仍，合之稱爲”精氣”。腎精屬陰，腎氣屬陽，腎精是腎氣的物質基礎，腎氣又是腎精補充的重要動力，兩者互爲依存，完成腎的整體功能，古人稱爲”水火之臟，陰陽之宅”。

①腎爲人體生長發育有關；
②腎與呼吸功能有關；
③腎與消化功能有關；
④腎與生殖功能有關；
⑤腎與人體水液代謝有關；
⑥腎與骨、髓、胸、齒、腦、腰、耳及二陰有關。

二. 腎虛的病因

①先天不足；
②老年人；
③房勞過度；
④精神因素的影響；
⑤久病及腎；

三. 腎虛的辨證及用藥

①幾個主要症狀的分析與用藥
1.發育不良；2.呼多吸少；3.慢性腹瀉；4.慢性水腫；
5.內傷腰痛；6.遺精陽萎；
②腎陰虛和腎陽虛的辨證及治療
1.本證：腎陰虛、腎陽虛、腎氣不固、腎不納氣、腎虛水泛；
2.兼證：肺腎陰虛、肝腎陰虛、心腎不交、脾腎陽虛、心腎陽虛；

四. 補腎法的類別

①滋補法：
1.滋陰補腎法；2.滋陰降火法；3.滋陰通淋法；
4.滋陰潛陽法；5.滋陰熄風法；6.滋腎納氣法；
7.滋補肝腎法；8.滋補肺腎法；9.交通心腎法；
②溫補法：
1.溫腎助陽法；2.溫腎納氣法；3.溫腎利水法；
4.溫補脾腎法；5.回陽救逆法；
③陰陽並補法：
④固澀法：
1.固精法；2.止遺法；3.斂汗法；4.澀腸法；
⑤壯腰法：

五. 補腎法在常見病治療上的應用：

1.慢性氣管炎；2.高血壓病；3.慢性腸炎；4.慢性腎炎；
5.神經衰弱；6.再生障礙性貧血；7.慢性腎上腺皮質功能減退症；
8.無排卵性功能性子宮出血；9.婦女不孕症；10.更年期綜合症；

六. 關亍”腎”的現代研究進展

手術後中醫療法

馬光亞
中國醫藥學院

手術後中醫療法

手術後中醫之療法，分內科病、外科病二項來說明：

一．內科病手術後之療法

內科病須用手術處理的，多屬西醫外科急腹症，如內出血、潰瘍穿孔、腹膜炎、肺膿瘍、腸梗阻、膽囊阻塞、輸尿管阻塞、闌尾炎等病勢危急，或用內治法效果不佳，有生命危險者，另外還包括腫瘤患者。

內科病手術，其病如未隨手術而除去，中醫治療，第一、必須治其原發之病症。手術治療能去其有形之病體，未去無形之病因，病仍存在，不但未愈，甚至反加重其痛苦，或轉移他處，爲害益烈。第二、必須彌補其在手術時所損耗之血液及元氣，使其復原。患者身體壯實者，手術後用藥調理即可；身體虛弱者，必須用補益之劑，始能奏效，此時決不能用苦寒或消炎劑，惟用大補之劑如八珍湯、聖愈湯、十全大補湯、歸脾湯之類，始可保未腐之肌不繼續腐爛，新生肉芽而斂創傷之口。第三、手術後，如出現併發症，治之亦須攻補兼施，一方面治其併發之病，一方面要補其氣血。

二．外科病手術後之療法

外科病一般有癰疽和潰瘍等症。

癰爲陽證，初發紅腫痛，消之未能，必待膿成始可進行手術治療。手術後，一般須用托補的藥，惟熱甚者開刀後紅腫不消，膿仍稠厚，熱痛不減，仍須解毒消熱，惟方中須用參、朮、歸、耆等托補的藥；如紅退腫消，膿液清稀，但痛不熱，則須補其氣血，不能再用解毒清熱之劑，否則氣血更虛，膿腐有增無已，收口無期．終成險症。

疽爲陰證，腫硬不痛不紅，其來甚緩，溫之不散，如用手術治療，術後須用溫補之方，如回陽三建湯，或陽和湯加減。

潰瘍如用手術治療，除非熱毒過甚者，術後一般須用補法：

(一)陰虛：骨蒸盜汗，咽乾，舌苔光剝，脈細數，宜用六味地黃丸。

(二)陽虛：瘡口灰黯，新肉難生，耳汗肢冷，脈緩苔白，宜用桂附地黃丸。

(三)脾虛：納少胃呆，氣虛乏力，便溏，創口不生新肌，宜用四君子湯加陳皮、砂仁。

(四)熱毒過甚者，用清熱解毒之方，必以補藥配伍。

其他如婦科病、傷科病都須用手術治療的，手術後中醫療法，大都按辨證論治的方法，如上述內科、外科各證之治療原則治之。

Chinese Medical Treatment of Postoperative Conditions

Kuangya Ma
China Medical College Taichung

Chinese medicine can be successfully be used for postoperative conditions in both internal and external surgery. However,success and the avoidance of therapeutic error depends on the careful tailoring drug therapy to the condition of the patient.

This paper discusses the various postoperative conditions following both internal surgergy (e.g.,for appendicitis,intestinal obstruction, tumors) and for external surgergy (boils, absescess), highlighting the effectiveness of Chinese medicine ends: it can be used to eliminate the original cause of disesase and prevent discomfort from moving to another area and to repair the physical damage cause by surgical intervention by supplementing blood and original qi. In postoperative treatment of external surgery, it discusses the various lesions from the traditional perspective (yong, ju) and the general and local symptomatic presentation. It outlines the principles of supplementation (bu) and attack (gong), and the conditions under which specific methods such as internal expulsion (nei tuo), clearing heat and resolving toxin (qing re jie du), and supplementing blood and qi (bu qi, bu xue) are appropriate.

Chinese Medical Treatment of Postoperative Conditions

Kuangya Ma
Chinese Medical College Taichung

Postoperative treatment in Chinese medicine can divided into internal medicine and external medicine.

1. Internal medical treatment of postoperative conditions

Internal medicine conditions requiring surgical treatment are for the most for the most part acute abdomen conditions in Western surgery, such as internal bleeding, ulcer performations, appendicitis, peritonitis, lung abscesses, intestinal obstruction, biliary obstruction, ureteral obstruction, or life-threatening conditions for which internal medical treatment is unsatisfactory, such as tumors. When such operations do not bring speedy relief to the patient, Chinese medicine can be applied to achieve an number of ends: First, it can be used to eliminate the original cause of disesase. In some cases, surgery removes a substantial cause of disease, but fails to remove the underlying insubstantial cause. Thus the cause of the disease persists, and in some cases the patient's suffering is increased or thed iscomfort moves to another area. Second, it can be used to eliminate the physical damage cause by surgical intervention by supplementing blood and original qi. For strong patients, only minor regulation is necessary, but for weak patients, for who cold bitter agents having an anti-inflammatory effect are contraindicated, only powerful supplementing formulas like Eight-Jewel Decoction (ba zhen tang), Sagely Cure Decoction (sheng yu tang), Perfect Major Supplementation (shi quan da bu tang) , Spleen-Returning Decoction (gui pi tang) are capable of preventing putrefaction of flesh and promote the regeneration of tissue. Third, Chinese medicine can also deal with complications that are a direct result of surgery, for which the method of simultaneous supplementation and attack (gong bu jian shi) is applied to deal with the complication while providing vital supplementation to qi and blood.

2. External medical treatment of postoperative conditions

This category includes lesions described in Chinese medicine as yong, ju, and open sores. Yong fall into the category of yang patterns; they begin with redness, heat, swelling, and pain. If they cannot be treated by dispersing pus, they can be treated surgically after pus has formed. Postoperative treatment involves the use of internal expulsion with supplementing agents or if redness, pain, and suppuration continue after surgery, that of clearing heat and resolving toxin. For internal expulsion agents such such as ginseng (ren shen), ovate atractylodes (bai zhu), tangkuei (dang gui), and astragalus (huang qi) are used. If the redness, swelling, heat and pain abate, so that sore only exudes thin clear fluid, then treatment should take the form of supplementing qi and blood, and heat-clearing toxin-resolving agents should not be given otherwise the vacuity will be exacerbated and pus and putrefaction might continue indefinitely, making the original yang pattern turn into a yin pattern.

Ju are yin patterns; they are characterized by hard swelling without redness or pain. The develop slowly, and do not disperse on the application of heat. After surgical treatment, they should be treated with warming and supplementing formulas, such as Yang-Returning Triping Fortification Decoction (hui yang san jian tang) or Harmonious Yang Decoction (yang he tang) and variants.

Open sores(ulcers)after surgery should be treated by supplementation, unless heat toxin is severe.

1) Yin vacuity: for steaming bone night sweats with dry throat, completely peeled tongue fur, and a rapid fine pulse, use Six-Ingredient Rehmannia Pill (liu wei di huang wan)

2) Yang vacuity: If the sore is dark and greyish, and new tissue is not not generating, and there is generalized sweating, cold limbs, moderate pulse, and white tongue fur, use Cinnamon Cinnamon Twig, Aconite, and Rehmannia Pill (gui fu di huang wan).

3) Spleen vacuity: for torpid intake(poor appetite and indigestion), qi vacuity and lack of strength, thin stool, and no growth of new flesh, use Four Gentlemen Decoction (si jun zi tang) plus tangerine peel (chen pi) and amomum (sha ren).

4) Severe heat toxin: Use heat-clearing toxin-resolving formulas combined with supplementing agents.

Miscellaneous conditions, such as gynecological conditions, are treated in similar fashion according to pattern.